

## **MIEJSCE PSYCHOTERAPII INDYWIDUALNEJ OSÓB Z DIAGNOZĄ SCHIZOFRENII W POLSKIM SYSTEMIE LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO**

### **ROLE OF INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY OF PERSONS DIAGNOSED WITH SCHIZOPHRENIA IN THE POLISH PSYCHIATRIC CARE SYSTEM**

Łukasz Cichocki

Zakład Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii CM UJ

Kierownik: dr hab. med. Andrzej Cechnicki

**schizophrenia  
individual psychotherapy  
organization of treatment**

*Autor artykułu podkreśla wagę długofalowości kontaktu terapeutycznego w procesie rozpoczęcia zdrowienia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Uwrażliwia przy tym na istotność rozwiązań organizacyjnych w ich leczeniu umożliwiających różnorodne modalności oddziaływań: farmakologicznych, psycho-terapeutycznych, jak i edukacyjno-społecznych zależnie od fazy terapii, jak i istotnych potrzeb i możliwości pacjentów.*

**Summary:** This paper takes up the subject of the place and role of individual psychotherapy of people diagnosed with schizophrenia in the Polish system of psychiatric care. It describes various therapeutic contexts in which such psychotherapy can take place: inpatient ward, outpatient ward, ambulatory care, community care team. It also touches upon the issue of psychotherapy in contact with a chronically ill patient who participates in his rehabilitation at the occupational therapy workshops or at a day care center. It discusses various needs of patients at specific stages of illness: acute psychosis, post-psychotic depression, symptomatic remission and a possible response to these needs offered by psychiatric treatment. The paper emphasizes the importance of long-term therapeutic contact for the recovery process, which includes the patient's self-knowledge and awareness of the capability to influence their own life, gained during psychotherapy. The central idea of this paper is the connection of psychotherapy and organizational solutions which would enable its broadest and most effective usage in daily practice. An important element is a reflection concerning the relationships between psychotherapy of people suffering from schizophrenia and usually concurrently administered pharmacotherapy.

W pracach dotyczących indywidualnej psychoterapii osób z diagnozą schizofrenii, dostępnych w polskim piśmiennictwie, kładziono dotychczas nacisk na koncepcje teoretyczne [1–4] bądź też na opis kazuistyczny [5, 6], niekiedy o charakterze autobiograficznym [7]. W niniejszej pracy chciałem zaproponować połączenie zagadnień psychoterapeutycznych z kwestiami organizacyjnymi. Zamyśl ten wynika z przekonania, że choć oczywiście możliwa jest terapia osób z diagnozą schizofrenii w gabinecie prywatnym, to jednak w ogromnej większości przypadków odbywa się ona w innym kontekście terapeutycznym. Psychiatryczne oddziały stacjonarne zlokalizowane czy to w szpitalach ogólnych, czy w psychiatrycznych, oddziały dzienne, ambulatoria, zespoły leczenia środowiskowego — to miejsca leczenia, w których może, a wielu wypadkach powinna być prowadzona

psychoterapia osób z diagnozą schizofrenii. Co więcej, w polskich realiach także placówki powołane formalnie w celach rehabilitacji — środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej, są również (szczęśliwie) wykorzystywane do terapii pacjentów przewlekłe chorujących, dla których często jest to jedyne dostępne miejsce terapii. Kontekst, w jakim odbywa się terapia, bardzo istotnie wpływa na jej przebieg.

Pacjenci na poszczególnych etapach leczenia i rehabilitacji mają najczęściej dość zróżnicowane potrzeby, możliwości i motywacje do korzystania z terapii. Inaczej należy postępować z pacjentem w ostrej psychozie w trakcie leczenia stacjonarnego, inaczej z pacjentem w stabilnej remisji podczas długotrwałej terapii ambulatoryjnej, a jeszcze inaczej z pacjentem od 6 lat rehabilitowanym społecznie w środowiskowym domu samopomocy, z ciągle towarzyszącymi objawami. Ale nie tylko pacjent ma wpływ na przebieg terapii — kwestie związane z generalną akceptacją psychoterapii jako formy leczenia, szczególnie przez osoby kierujące poszczególnymi placówkami, techniczne możliwości, np. odpowiednie miejsce, ograniczenia czasowe, dotyczące w największym stopniu oddziałów stacjonarnych i dziennych, będą wpływały na możliwość prowadzenia i efektywność psychoterapii.

Dwie kwestie wymagają uściślenia — po pierwsze, co znaczy (dla autora) pojęcie „schizofrenia”, po drugie, czym jest psychoterapia. Co do pierwszej kwestii, chcę podkreślić swój dystans do określenia „schizofrenia”. Mam poczucie, podobnie jak wielu innych lekarzy i terapeutów [8], że to pojęcie jest nadużywane w potocznym języku, najczęściej w stygmatyzujący sposób. Używając go z ostrożnością mam na myśli psychozy nieafektywne o bardziej przewlekłym przebiegu, towarzyszące pacjentom przez miesiące, nieraz lata.

Rozumienie, czym jest psychoterapia dla osób z diagnozą schizofrenii, wykracza poza wąską definicję wymaganą w przypadku terapii osób z zaburzeniami osobowości czy lękowymi. Wskazana jest tutaj większa elastyczność i uznanie za potencjalnie terapeutyczne (psychoterapeutyczne) oddziaływań oraz relacji, które formalnie można by zakwalifikować do socjoterapii. Innymi słowy, granica pomiędzy psychoterapią a innymi formami pomocy psychospołecznej wydaje się bardziej płynna, przenikalna.

Gdy pojawiają się objawy psychotyczne, szczególnie takie, które nie znikają samoistnie po 2—3 dniach, zarówno samego pacjenta, jak i jego otoczenie zaczyna ogarniać zamęt. Z punktu widzenia naszych rozważań najistotniejsze jest to, że w pewnym momencie może się zdarzyć sytuacja, w której dotychczasowe sposoby radzenia sobie pacjenta i jego otoczenia, najczęściej systemu rodzinnego, z trudnościami okażą się niewystarczające. W polskich realiach miejscem, w którym udzielana jest pomoc osobom w fazie ostrych objawów psychotycznych, jest często psychiatryczny oddział stacjonarny.

Rozważania o miejscu terapii indywidualnej pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi leczonych w ramach oddziału stacjonarnego warto zacząć od postawienia kwestii, czy w ogóle jest taka możliwość? Są przynajmniej dwa rodzaje trudności — ideologiczne i techniczne.

Ideologiczne trudności dotyczą przede wszystkim zagadnienia, czy osoby decyzyjne na oddziale — ordynator, główny psycholog, pielęgniarka oddziałowa, dopuszczają myśl, że psychoterapia może być pomocna w leczeniu osób z diagnozą schizofrenii. Praktyka pokazuje, że jest z tym bardzo różnie. Są oddziały, gdzie nie tylko rozmowa, ale psychoterapia, zarówno indywidualna, jak i grupowa osób z diagnozą schizofrenii jest czymś codziennym

i oczywistym. Są też jednak oddziały, gdzie nie tylko nie ma zgody na psychoterapię, ale nawet na rozmowę. W takich warunkach, bez akceptacji, a nawet wsparcia przełożonych trudno wprowadzać nowe metody terapeutyczne.

Trudności techniczne dotyczą miejsca i czasu. Są oddziały stacjonarne, gdzie nie przewidziano pomieszczeń na rozmowy indywidualne — są dyżurki lekarska i pielęgniarska, sale chorych, jakaś przestrzeń wspólna, np. jadalnia, korytarze, i tyle. Oczywiście żadne z tych miejsc nie zapewnia warunków niezbędnych do prowadzenia terapii. Jeśli chodzi o czas — są oddziały, gdzie na jednego lekarza przypada dwudziestu, trzydziestu, a nawet więcej pacjentów. Obowiązki związane z wykonywaniem zawodu lekarza, różnorakie formalności zabierają tyle czasu, że nie wystarczy go na prowadzenie psychoterapii. Tutaj niekiedy rozwiązaniem może być współpraca pomiędzy psychologiem a lekarzem — psycholog prowadzi terapię, lekarz zajmuje się bardziej biologiczną stroną leczenia. Jednak nie każdy psycholog umie/chce prowadzić terapię pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi, nie każdy lekarz umie efektywnie współpracować z psychoterapeutą.

Jeśli istnieje, zarówno ideologiczna, jak i techniczna możliwość terapii na oddziale stacjonarnym, to kolejne pytanie brzmi: czego potrzebuje pacjent na tym etapie leczenia? Bardzo istotne jest dla niego odzyskanie poczucia bezpieczeństwa. Może temu sprzyjać indywidualna terapia. Są przynajmniej dwa warunki, które powinny być spełnione, aby to się udało.

Po pierwsze, terapeuta poprzez zastosowanie „ego obserwacyjnego” [9] powinien zachowywać optymalny dystans między sobą i pacjentem. W przypadku zbytnej bliskości jest duże ryzyko nasilenia się lęku u pacjenta czy wręcz włączenia terapeuty w system urojeniowy. W przypadku nadmiernego dystansu, terapeuta będzie najprawdopodobniej przeżywany przez pacjenta jako niezainteresowany czy wręcz odrzucający. Często będzie to powtórzenie traumatycznych, niewystarczających relacji z przeszłości. Oczywiście ta optymalna bliskość będzie zmieniać się w miarę upływu czasu. Inna będzie na początku relacji, przy przyjęciu do szpitala, inna (oby większa) po kilku tygodniach rozmów.

Drugim warunkiem jest wpisanie relacji indywidualnej w szerszy kontekst zjawisk zachodzących na oddziale. Trudno będzie terapeutcie indywidualnemu zapewnić poczucie bezpieczeństwa, jeśli pozostali członkowie zespołu terapeutycznego nie będą z nim współpracować i współtworzyć tego poczucia.

Kolejnym niezwykle istotnym zadaniem stojącym przed terapeutą na tym etapie terapii jest bez wątpienia kontenerowanie. Niezwykle silne emocje przeżywane przez pacjenta — lęk, złość, poczucie pustki, wina, żal, krzywda, bezradność, fascynacja, euforia — będą także przeżywane w jakimś stopniu przez terapeuta. Od jego gotowości na przyjęcie tych uczuć, frustracji z nimi związanej i ich konstruktywnego przepracowania zależy możliwość pomocy pacjentowi. Bardzo barwnie opisywała to Maria Selvini-Palazzoli [za: 2]. Pomocą dla terapeuty w tej sytuacji może być świadomość, że przyjmując te trudne uczucia najprawdopodobniej przynosi w ten sposób ulgę swojemu pacjentowi. Niezwykle wartościowe opisy zjawiska wczuwania się w świat psychotyczny zawarli w swoich pracach Kępiński [10] i Zadęcki [11].

To jest także czas na budowanie relacji, która mogłaby się stać pomostem pomiędzy psychotycznym światem pacjenta a rzeczywistością zewnątrzpsychiczną. Jest wiele konstruktów teoretycznych i doświadczeń praktycznych pokazujących, co powinno się

wydarzyć, aby ten proces przrzucania mostów się dokonał. Ja zacytuję Arnhild Lauveng [12]. Opisywała ona sytuację, w której przeżywała nasilone halucynacje wzrokowe — widziała atakujące ją wilki, na co reagowała, co oczywiste, silnym lękiem. Osoby z jej otoczenia reagowały generalnie zaprzeczeniem — „tu nie ma żadnych wilków”, co jednak w żaden sposób pacjentce nie pomagało. W trakcie któregoś z nocnych dyżurów wdała się w rozmowę z pielęgniarzem, który powiedział: „Nie mogę zobaczyć twoich wilków, ale gdybym je zobaczył, byłbym totalnie przerażony. Boisz się?”. Ta interwencja terapeutyczna okazała się bardzo pomocna. Terapeuta, nie potwierdzając realności świata psychotycznego, pokazał podobieństwo, zmniejszył różnicę dzielącą świat pacjentki od jego świata. To, że przeżywając objawy psychotyczne odczuwalibyśmy podobne emocje pozwala przetrwać most zrozumienia, empatii, pomiędzy dwoma światami. Użyteczna też może być zgoda na werbalizację — opowiadanie o przeżywanych objawach psychotycznych. Pozwala to niekiedy zmniejszyć lęk, gdyż to, co nazwane, opisane, staje się mniej straszne. Stanowi też początek pracy nad wglądem. Jak zaznaczono już wcześniej, terapia odbywa się nie tylko w trakcie formalnych sesji. Sposób wchodzenia w relację pomiędzy spotkaniami terapeutycznymi, w trakcie zebrań społeczności, przy przygotowywaniu wspólnego posiłku, wytwarza poczucie życzliwości nie tylko „od święta” przy okazji formalnej terapii, ale także na co dzień, co staje się kluczem do budowania relacji opartej na zaufaniu.

W relacji z pacjentem w ostrej psychozie z objawami znacznego pobudzenia psychoruchowego czy agresji werbalnej/fizycznej konieczne nieraz będzie zabezpieczenie go i jego otoczenia przed ich skutkami. Stosowanie przymusu bezpośredniego — unieruchomienia, podania leków bez zgody wydaje się dość odległe od zagadnień psychoterapii, jednak w praktyce obie sytuacje mogą być związane z tym samym terapeutą. A jeśli nawet tak nie będzie, to wspomnienie przeżytego przymusu pojawi się w relacji terapeutycznej. Ważne jest, aby stosowanie przymusu bezpośredniego było, jak to podkreślał już Antoni Kepiński [13], wyrazem troski o pacjenta i ludzkiej życzliwości, a nie przejawem chęci ukarania czy skłonności sadystycznych. Jeśli pacjent i terapeuta będą mieli poczucie, że zastosowanie przymusu było uzasadnione, nie powinno być problemów z kontynuacją procesu psychoterapii. Jeśli będzie przeżyte jako nieadekwatne, traumatyczne, może sprawić, że mimo najlepszych chęci i starań terapeuty współpraca w leczeniu nie zostanie osiągnięta.

Średni czas pobytu na oddziale psychiatrycznym w Polsce oscyluje wokół 1 miesiąca [14]. Nawet osoby ciężiej chorujące rzadko przebywają na oddziałach stacjonarnych dłużej niż 10 tygodni. Gdy ich pobyt na oddziale zbliża się ku końcowi, powinno się pojawić pytanie, co dalej. Powinno, ale niestety nie zawsze się pojawia, zastąpione formułką „dalsze leczenie w rejonowej PZP”. Często pacjent nie wie, gdzie taka poradnia jest, nie wie, jak, nie chce lub boi się w niej zarejestrować, np. z lęku przed stygmatyzacją. Bywa, że w ogóle do niej nie dociera, nie kontynuuje nie tylko psychoterapii, ale i farmakoterapii. Brak zapewnienia realnej ciągłości adekwatnego leczenia prowadzi często do nawrotów i zjawiska „obrotowych drzwi” — częstych powrotów na oddział stacjonarny.

Realną i adekwatną w wielu wypadkach propozycją może być pobyt na oddziale dziennym, najlepiej jako bezpośrednia kontynuacja leczenia stacjonarnego. Jakie wyzwania, zadania stają w tym momencie przed pacjentem, w czym może być pomocna psychoterapia? Ten etap leczenia jest z jednej strony kontynuacją poprzedniego, z wątkami kontenerowania, optymalnego dystansu i budowania relacji, z drugiej strony pojawiają się w nim

różne nowe zadania związane z zanikaniem świata psychotycznego i większym udziałem rzeczywistości. Znikanie świata psychotycznego skutkuje często pojawieniem się objawów głębokiego smutku, przygnębienia, pustki, która może być rozumiana także jako reakcja żałoby, proces znakomicie opisany przez Anetę Kalisz [5].

W tym czasie może obudzić się chęć powrotu do świata psychozy, do ponownego przeżycia tych samych intensywnych uczuć, nawet jeśli cena, jaką przyjdzie za to zapłacić, będzie wysoka. Ta decyzja, czy podjąć trud mierzenia się z rzeczywistością, nieraz bardzo trudną albo nieciekawą z punktu widzenia pacjenta, czy powrócić do świata psychozy lub też w ogóle go nie opuścić, jest kluczowa dla dalszego przebiegu terapii. Rozważania Frankla o znaczeniu ludzkich decyzji znajdują tutaj pełne zastosowanie [15]. Oczywiście decyzja podjęta jednorazowo, aby przyniosła długofalowe efekty, wymaga konsekwentnego podtrzymywania.

Co więc może przekonać pacjenta do wyboru drogi zdrowienia? Na pewno pomocnym doświadczeniem może być poczucie wsparcia i zrozumienia okazywane przez terapeutę indywidualnego i odczuwane przez pacjenta. Terapeuta powinien stać się kimś w rodzaju trenera — kogoś, kto będzie analizował sposoby radzenia sobie pacjenta, reflektował ich skuteczność i ewentualne możliwości modyfikacji. Pacjent niejednokrotnie będzie „padał na deski”, ważne jest, aby otrzymywał wystarczająco dużo wsparcia, aby z nich powstawać. Ta sportowa metafora może być użyteczna nie tylko dla terapeuty ale także dla pacjenta. Pokazuje ona wpływ pacjenta na swoje życie, rolę determinacji, chęci zdrowienia.

Ważnym czynnikiem jest także wykorzystanie potencjału terapeutycznego grupy oraz zespołu terapeutycznego [5]. Udział w grupie terapeutycznej na oddziale bywa często pierwszym pozytywnym doświadczeniem „bycia w grupie” w życiu. Stworzenie atmosfery bezpieczeństwa na oddziale dziennym może sprawić, że świat rzeczywisty przestanie być tak raniący i łatwiej będzie podjąć decyzję opuszczenia świata psychotycznego. W zadaniu tym terapeuta, jako „ego pomocnicze”, może ułatwiać drogę do zdrowia, pomagać w dostrzeganiu sukcesów na tej drodze, analizowaniu przyczyn niepowodzeń, znajdowaniu nowych rozwiązań i odkrywaniu nowych sposobów patrzenia na rzeczywistość. Także wiele oddziaływań o charakterze bardziej socjoterapeutycznym — wycieczki czy obozy terapeutyczne — może sprawić, że rzeczywistość świata niepsychotycznego okaże się atrakcyjniejsza.

Oddział dzienny to także miejsce, gdzie bardziej skutecznie niż na oddziale stacjonarnym można podjąć pracę nad wglądem. Efektywność ta wynika z jednej strony z mniej nasilonych objawów wytwórczych, z drugiej — z możliwości obniżania dawek leków i mniejszej sedacji. Wgląd jest istotnym elementem budowy długofalowego przymierza terapeutycznego, ale warto pamiętać, że nie powinien być uznawany za cel sam w sobie. Próby zbyt szybkiego budowania wglądu są obciążone dużym ryzykiem zarówno zerwania relacji terapeutycznej, jak i podejmowania prób samobójczych.

Na tym etapie leczenia bardziej świadomie pojawia się pytanie: „czemu zachorowałam/em?”. Poszukiwanie odpowiedzi można podejmować zarówno na zajęciach *stricte* psychoedukacyjnych [16], jak i podczas terapii indywidualnej — stwarza ona możliwości dotarcia do bardzo delikatnych obszarów związanych z wydarzeniami traumatycznymi, konfliktami, uczuciami, sposobami reagowania, które trudno ujawnić w kontekście grupowym. Gdy chory zobaczy, że historia jego życia wpływa na jego aktualną sytuację, że przynajmniej

część czynników przyczyniających się do zachorowania może ulec modyfikacji, to może to zwiększyć jego poczucie wpływu na własne życie. Świadomość, że można podjąć konkretne działania, które zmniejszą ryzyko nawrotu, sprawia, że człowiek czuje się pewniej — „coś ode mnie zależy”.

Dobrze wykorzystany czas na oddziale dziennym sprawia, że ktoś, kto wracał wielokrotnie do szpitala, może przerwać ten błędny krąg nawrotów i rozpocząć proces zdrowienia. Oba etapy leczenia, od kilku tygodni pobytu na oddziale stacjonarnym do kilkunastu na dziennym, najczęściej nie wystarczą, aby uznać osobę chorującą za w pełni wyleczoną i nie potrzebującą dalszej pomocy. Terapia osób z psychozami z kręgu schizofrenii, z racji na ich przewlekły przebieg, wymaga więcej czasu. Kostecka pisze, że minimum, które powinno być przewidziane na taki proces terapeutyczny, to dwa lata [3]. W związku z tym pod koniec terapii na oddziale dziennym pojawia się pytanie, co dalej?

Odpowiedzią często może być kontynuacja leczenia w trybie ambulatoryjnym. W moim przekonaniu, ambulatorium jest najważniejszym elementem całego systemu. Jeśli nie rozpocznie się psychoterapii na oddziale stacjonarnym czy dziennym, ale rozpocznie się ją w ambulatorium, to co prawda pomoc zostanie odroczone w czasie, ale będzie. Sytuacja odwrotna — podejmujemy psychoterapię na oddziale stacjonarnym lub dziennym i nie kontynuujemy jej w ambulatorium — jest przedwczesnym zaprzestaniem terapii, co wiąże się choćby z ryzykiem nietrwałości wyników leczenia. Ambulatorium, ze względu na brak ograniczeń czasowych, stan zdrowia pacjentów, konfrontację z zadaniami rozwojowymi wydaje się potencjalnie najbardziej efektywnym miejscem terapii. W optymalnej sytuacji istnieje możliwość kontynuacji procesu terapeutycznego rozpoczętego wcześniej na oddziale stacjonarnym lub dziennym. Znajome twarze terapeutów, ciągłość kontaktu, relacja oparta na zaufaniu, brak potrzeby ponownego opowiadania własnej historii pozwala oszczędzić czas i wysiłek zarówno pacjenta, jak i terapeuty w budowaniu nowej więzi.

Naturalna staje się wtedy także kontynuacja wątków rozpoczętych na wcześniejszych etapach terapii. Jednak z racji na zmiany zachodzące w życiu pacjenta, podejmowanie nowych ról, odsłanianie się niedostępnych wcześniej obszarów życia, częstym zjawiskiem będzie pojawianie się nowych tematów: problemy związane z pracą, nauką, powrotem do wcześniejszych kręgów znajomych lub nawiązywaniem nowych relacji, zagadnienie bliskości i tworzenie związków o charakterze erotycznym, dylematy związane z ewentualnością zostania rodzicem. Te wszystkie wątki pojawiają się częściej i są głębiej analizowane niż na wcześniejszych etapach terapii.

Podobnie jest z tematami wymagającymi odsłonięcia bardzo delikatnych kwestii — własnej seksualności, urazów psychicznych, duchowości. Bywa oczywiście tak, że są one poruszane w ostrej psychozie, ale dokonuje się to w sposób niekontrolowany i trudny do zintegrowania z resztą historii życia. Ograniczenia czasowe i stan psychiczny pacjentów na wcześniejszych etapach terapii mogą uniemożliwiać dostęp do tych treści. Podjęcie ich w trakcie długoterminowej psychoterapii ambulatoryjnej może być jak wyciągnięcie drzazgi z niegojącej się rany. Powrót do trudnych uczuć — smutku, krzywdy, złości, wstydu, bez towarzyszących objawów psychotycznych, pozwala ośwoić te uczucia, uwolnić je w kontrolowany sposób, który zmniejszy ryzyko wzbierania ich i wybuchu w formie kolejnego nawrotu objawów psychotycznych. To ryzyko wzbierania niechcianych, nieoswojonych uczuć bardzo trafnie opisał Antoni Kępiński [10].



Tematem także raczej nieobecnym we wcześniejszych etapach terapii jest odsłonięcie towarzyszących zaburzeń osobowości. Przy nasilonych objawach psychotycznych czy w okresie depresji popsychotycznej są one najczęściej niedostrzegalne. Gdy te objawy ustępują, zarówno terapeuta, jak i otoczenie pacjenta może zostać skonfrontowane z trudnymi zachowaniami wynikającymi ze struktury osobowości. W znakomitym filmie dokumentalnym opisującym seminarium o psychozie, pt. „Pokój 4070”, pojawia się wątek pacjenta o imieniu Andreas. Jego niechęć do działania, usprawiedliwianie swoich zachowań chorobą budzi złość i pretensje jego siostry i rodziców, którzy mają duże wątpliwości, w jakim stopniu choroba, a w jakim „odpuszczanie sobie” są przyczyną braku aktywności. Ten dylemat, nazywany niekiedy „bad or mad dilemma”, jest szczególnym wyzwaniem dla terapeuty, wymaga uważnej superwizji i analizy przeciwprzeniesienia.

Kolejną kwestią, która może pojawić się na tym etapie terapii, jest sprawa farmakoterapii, w szczególności możliwość i chęć odstawienia leków. O znaczeniu leku jako obiektu w sensie psychologicznym pisze Murawiec [17, 18] podkreślając m.in. istotność relacji przeniesieniowej i przeciwprzeniesieniowej w kontekście farmakoterapii. Bardzo duży wpływ na to zagadnienie ma definicja zdrowia sformułowana przez pacjenta na własny użytek. Są pacjenci, dla których „wyzdrowieć” oznacza nie zażywać leków. Będą do tego celu dążyć, podejmując działania na własną ręką, bez uzgodnienia z lekarzem czy terapeutą, nie bacząc na możliwe konsekwencje. Takie działania często kończą się nawrotem objawów i rehospitalizacją. Psychoterapia prowadzona równolegle do farmakoterapii może być pomocna w redefinicji pojęcia zdrowia i przekierowaniu aktywności pacjenta na poprawę funkcjonowania społecznego, rozwoju obszarów zdrowia.

Taka strategia nie przekreśla możliwości zakończenia farmakoterapii, zmienia jednak kontekst takiej decyzji na szerszy. Pacjent może być dzięki niej bardziej świadomy korzystnych zmian, jakie zaszły w trakcie zażywania leków, i lepiej rozważyć potencjalne korzyści i ryzyko związane z decyzją ich odstawienia. Jeśli osoba korzystająca z psychoterapii zmieni sposoby radzenia sobie w sytuacjach stresowych na bardziej skuteczne, jeśli jej mechanizmy obronne staną się bardziej dojrzałe [19], jeśli będzie w stanie lepiej uświadamiać sobie przeżywane uczucia — to wszystkie te zmiany zwiększą szanse na zakończenie powodzeniem koniec farmakoterapii. W badaniach prowadzonych w krakowskim systemie leczenia środowiskowego udało się to w grupie 11% pacjentów (zdrowienie, bez leków, po pierwszym epizodzie) ocenianych po 20 latach chorowania [20].

Intensywność i czas trwania terapii na tym etapie leczenia oczywiście mogą podlegać zmianom. Zależą one od motywacji pacjenta, jego możliwości intelektualnych, czasowych, organizacyjnych, ilości materiału, który wymaga przepracowania, czy wreszcie od aktualnego stanu zdrowia. Istnieje podgrupa pacjentów, której z różnych względów trudno skorzystać z ambulatoryjnej formy leczenia. Niektórzy mogą się obawiać stygmatyzacji, gdy zostaną zauważeni w pobliskiej poradni. Inni mogą, po wyjściu ze szpitala, być tak zależni, zagubieni lub zdezorientowani, że nie są w stanie, boją się wyjść z domu. Wreszcie jest grupa pacjentów, którzy nie trafili co prawda do szpitala, nie zagrażają bezpośrednio swojemu życiu lub życiu i zdrowiu innych osób, ale są w psychozie i wymagają leczenia. Nie wyrażają zgody na pójście do lekarza, ale zgodzą się na rozmowę, jeśli lekarz przyjdzie do nich. Dla wszystkich tych osób pomocną formą terapii mogą być zespoły leczenia środowiskowego. Ta forma leczenia została dość szczegółowo opisana przez Prot

i Murawca [21]. Ze swojej strony chcę dodać refleksje związane z dynamicznie rosnącą liczbą zespołów leczenia środowiskowego i coraz większą ich rolą, także w świadczeniu usług terapeutycznych. Na przestrzeni ubiegłych lat ich liczba wzrosła z 33 w 2008 r. (zgrupowanych w większych miastach) do 118 w 2013 r. [22]. Zespoły są wyraźnie równomierniej rozmieszczone po całym kraju i dostępne także w małych miejscowościach. Dla wielu osób jest to jedyna możliwa forma terapii, w tym także psychoterapii. To, co podkreślają terapeuci mający doświadczenie takiej pracy, to duża wartość diagnostyczna wizyt w domu pacjenta, zarówno w sensie spotkania członków jego rodziny, jak i obserwacji jego naturalnego otoczenia. Także rodzaj więzi terapeutycznej, zaufania, jaki powstaje w trakcie wizyty domowej, jest szczególny i trudny do uzyskania w ramach instytucji psychiatrycznej.

Osobną kwestią jest praca psychoterapeutyczna z przewlekle chorującym pacjentem w wielu warsztatach terapii zajęciowej i środowiskowych domach samopomocy. Jest to duża wartość dla pacjentów, którzy często nie są w stanie skorzystać z psychoterapii w innym miejscu, kontekście. Praca z pacjentami przewlekle chorującymi wymaga szczególnych umiejętności. Powstrzymanie się od szybkiej gratyfikacji, wytrwałość, umiejętność dostrzegania drobnych zmian, sukcesów, to wszystko składa się na konstrukt, który proponuję nazwać „mentalnością długodystansowca”.

Wydaje się, że na tym etapie terapii użyteczne mogą być elementy podejścia egzystencjalnego, z położeniem szczególnego nacisku na eksplorację tematu sensu życia. Viktor E. Frankl pisał [15] o trzech możliwych źródłach sensu — relacjach, pracy/twórczości oraz duchowości. Wiele osób korzystających z rehabilitacji psychiatrycznej nie jest w stanie pójść do pracy, wejść w stały związek, osiągnąć innych wymiernych sukcesów. Czy to jednak ma znaczyć, że ich życie jest pozbawione sensu? W żadnym wypadku. Doświadczenie pracy w środowiskowym domu samopomocy wskazuje, że dzięki zarówno oddziaływaniom o charakterze grupowym, jak i indywidualnym osoby, którym przewlekle towarzyszą objawy, są w stanie się rozwijać, dążyć do zdrowia i odkrywania sensu życia. Nawet jeśli ktoś nie może stworzyć związku, może się zakochać, nawet jeśli ktoś nie jest w stanie pójść do pracy, może podjąć się wolontariatu, rozpocząć naukę, rozwijać zainteresowania. Osobnym zagadnieniem, poruszonym m.in. w literaturze polskiej [23], jest kwestia duchowości osób chorujących psychicznie, w tym osób z diagnozą schizofrenii. Ten wymiar jest szczególnie ważny, gdyż z jednej strony może stać się obszarem zaburzenia i niezwykle mocno przeżywanych objawów [24], z drugiej — może być podstawowym źródłem sensu, czymś, co chroni przed samobójstwem, pozwala znaleźć chwilę ulgi w udręce choroby, odnaleźć swoje miejsce we wspólnocie. Elementy psychoterapii mogą wywierać korzystny wpływ nie tylko w ramach rehabilitacji zajęciowej i społecznej [25], ale także w rehabilitacji poprzez pracę [26].

Dostępność różnych form psychoterapii dla pacjentów z psychozami schizofrenicznymi w Polsce jest niewystarczająca. Trzeba upowszechniać dobre rozwiązania, aby psychoterapeutycznie zorientowane, kompleksowe i środowiskowe modele leczenia stały się coraz bardziej powszechne. Chociaż w kilku ośrodkach w kraju są już przykłady dobrych praktyk [27, 28], to ważne jest, aby wypracowywać lokalne rozwiązania i metody, które pozwolą pacjentom z diagnozą schizofrenii szerzej niż do tej pory wykorzystywać możliwości psychoterapii.



### Piśmiennictwo

1. Bielańska A. Psychoterapia indywidualna osób z diagnozą schizofrenii. *Psychoter.* 2006; 3(138): 75–86.
2. Kostecka M, Namysłowska I, Żardecka M. Nasz zmieniający się pogląd na schizofrenię: między przybliżaniem a oddalaniem. W: Bomba J, de Barbaro B, red. *Schizofrenia — różne konteksty, różne terapie, część 2*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2002, s. 15–22.
3. Kostecka M. Dynamiczna indywidualna psychoterapia schizofrenii. W: Meder J, Sawicka M, red. *Psychoterapia schizofrenii*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2006, s. 45–56.
4. Murzyn A, Mielimąka M, Müldner-Nieckowski Ł. Psychoterapia schizofrenii: cele, skuteczność, specyfika oddziaływań. Indywidualna psychoterapia psychodynamiczna — przegląd literatury. *Psychiatr. Psychoter.* 2010; 6(2): 33–43.
5. Kalisz A. O psychoterapii osób cierpiących z powodu schizofrenii. *Psychoter.* 2013; 4(167): 21–27.
6. Murawiec S. Historia jednej terapii. W: Cechnicki A, Bomba J, red. *Schizofrenia — różne konteksty, różne terapie, część 3*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2004, s. 67–75.
7. Liberadzka A. Jedna z miliona. W: *Moja wędrówka. Refleksje studentów i wykładowców UJ o chorobie psychicznej i studiowaniu*. Kraków: Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych UJ; 2010, s. 114–130.
8. De Barbaro B. Schizofrenia jako klątwa. W: Cechnicki A, Bomba J, red. *Schizofrenia — różne konteksty, różne terapie, część 3*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2004, s. 57–66.
9. Cechnicki A, Chechlińska M, Stark M, Wojnar M. Czynniki wpływające na ocenę relacji pomiędzy pacjentami chorymi na schizofrenię a ich terapeutami w dwu różnych kontekstach terapeutycznych. *Psychoter.* 1999; 2(109): 35–49.
10. Kępiński A. *Schizofrenia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1981.
11. Ządęcki J. *Zaburzenia życia uczuciowego we wczesnej schizofrenii*. Niepublikowany maszynopis pracy doktorskiej. Kraków: Biblioteka Zakładu Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii CM UJ; 1972.
12. Lauveng A. *Byłam po drugiej stronie lustra*. Sopot: Wydawnictwo Smak Słowa; 2008.
13. Kępiński A. *Poznanie chorego*. Warszawa: PZWL; 1978.
14. *Zakłady Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej. Roczniki Statystyczne Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2009.
15. Frankl VE. *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca; 2009.
16. Czernikiewicz A. Psychoedukacja w schizofrenii. W: Meder J, Sawicka M, red. *Psychoterapia schizofrenii*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2006, 101–126.
17. Murawiec S. Psychodynamiczne aspekty działania leków psychotropowych według koncepcji G. J. Sarwera-Fonera. *Psychoter.* 2004; 1(128): 67–75.
18. Murawiec S. Koncepcja psychodynamicznej psychofarmakologii D. Mintza i B. Belnap — omówienie w odniesieniu do pacjentów ujawniających oporność na leczenie. *Psychiatr. Pol.* 2008; 3: 323–333.
19. Cichocki Ł. Zmiana mechanizmów obronnych ego u pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi w trakcie terapii na oddziale dziennym. *Psychiatr. Pol.* 2008; 1: 47–57.

20. Cechnicki A. Schizofrenia — proces wielowymiarowy. Krakowskie prospektywne badania przebiegu, prognozy i wyników leczenia schizofrenii. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2011.
21. Prot K, Murawiec S. Psychodynamiczna terapia pacjentów psychotycznych w warunkach środowiskowych. *Psychoter.* 2013; 4(167): 29–39.
22. Informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego w 2013 roku — projekt. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia; 2014.
23. Kostecka M. Kilka uwag o duchowości osób chorujących psychicznie. W: Cechnicki A, Bomba J, red. Schizofrenia — różne konteksty, różne terapie, część 3. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2004, s. 67–74.
24. Drozdowski P. O urojeniach religijnych w schizofrenii. W: Cechnicki A, Bomba J, red. Schizofrenia — różne konteksty, różne terapie, część 3. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2004, s. 75–84.
25. Cechnicki A. Rehabilitacja w psychiatrii. W: Wciórka J, red. *Psychiatria Tom 3*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2011.
26. Łopalewska D. Ile psychoterapii w rehabilitacji? *Psychoter.* 2005; 3(134): 75–79.
27. Cechnicki A. W stronę psychoterapeutycznie zorientowanej psychiatrii środowiskowej — 30 lat doświadczeń krakowskich. Pro memoria Professor Antoni Kepiński. *Psychoter.* 2009; 3 (150): 43–55.
28. Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich; 2014.

Adres: lwcichocki@gmail.com